

УДК 6.61.616.72-009.7

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕВУШЕК С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

. ' . " * , . . (

К\$0анский 7ос\$/арс т венн ! й ме/ицинский \$ниверси т е т , 7. Красно/ар, Зосси-

PECULIAR FEATURES OF ARTICULAR PAIN SYNDROME IN GIRLS WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SIGNS

N. Yu. Tikhomirova, L. N. Eliseeva*

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

Цель. Выявить особенности суставного болевого синдрома у девушек с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ), а также частоту костно-суставных признаков ДСТ у лиц в группе с суставным болевым синдромом.

Материалы и методы. Было обследовано 133 девушки, средний возраст – $21,52 \pm 1,86$ г. На основании наличия суставного болевого синдрома все обследованные были разделены на две группы. В группу 1 вошло 11 человек без болевого синдрома; в группу 2 – 122 человека с суставным болевым синдромом. Всем обследованным проводили антропометрическое и фенотипическое обследование, направленное на выявление костных и суставных проявлений ДСТ.

Результаты. В группе с суставным болевым синдромом достоверно чаще встречаются сколиоз (71,3 %), продольное плоскостопие (46,7 %), воронковидная деформация грудной клетки (4,91 %) и гипермобильность суставов (54,9 %). При анализе полученных данных было установлено, что наиболее частой локализацией боли являются поясничный (25,51 %), грудной (13,10 %) и шейный (12,41 %) отделы позвоночника, коленные (20 %), тазобедренные (6,21 %), крестцово-подвздошные (5,51 %), голеностопные суставы (4,82 %). Боль возникает при движении (71,83 %), в дневное время суток (65,51 %). Наиболее часто встречался «механический» (64,71 %) и «воспалительный» (27,94 %) характер боли. Течение болевого синдрома характеризуется волнообразным течением без прогрессирования (34,72 %). Начало болевого синдрома чаще всего острое (47,82 %) или хроническое (45,62 %). Начало возникновения артралгий – в возрасте $17,26 \pm 3,39$ г.

Выводы. Суставной болевой синдром достоверно чаще встречается у лиц с признаками ДСТ, наиболее частыми из которых являются сколиоз, продольное плоскостопие, соотношение длина кисти/рост > 11 %, гипермобильность суставов, соотношение длина стопы/рост > 15 %.

Ключевые слова. Дисплазия соединительной ткани, сколиоз, плоскостопие, гипермобильность суставов, артралгии.

Aim. To detect the peculiar features of articular pain syndrome in girls with connective tissue dysplasia (CTD) signs as well as frequency of osteoarticular CTD signs in the group of patients with articular pain syndrome.

Materials and methods. One hundred and thirty three girls with a mean age of $21,52 \pm 1,86$ years were investigated. All the examined patients were divided into two groups on the basis of articular pain syndrome

© Тихомирова Н. Ю., Елисеева Л. Н., 2015

e-mail: tihomirovum@rambler.ru

тел. 8 928 423 23 77

[Тихомирова Н. Ю. (*контактное лицо) – аспирант кафедры факультетской терапии; Елисеева Л. Н. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии].

available. Group 1 enclosed 11 persons without pain syndrome. Group 2 included 122 patients with articular pain syndrome. All the examined persons underwent anthropometric and phenotypical investigations aimed at revealing osteous and articular CTD manifestations.

Results. In the group with articular pain syndrome, such diseases as scoliosis (71,3 %), longitudinal platypodia (46,7 %), funnelform thoracic deformation (4,91 %) and articular hypermobility (54,9 %) occur reliably more often. When analyzing the obtained data, it was stated that the most frequent localization of pain are the lumbar (25,51 %), thoracic (13,10 %), and cervical (12,41 %) parts of the vertebral column, the knee (20 %), hip (6,21 %), sacroiliac (5,51 %), ankle (4,82 %) joints. Pain arises while moving (71,83 %), in the day-time (65,51 %). "Mechanical" (64,71 %) and "inflammatory" (27,94 %) character of pain were the most frequent. Pain syndrome is characterized by a wave-like course without progression (34,72 %). The beginning of pain syndrome is in most cases acute (47,82 %) or chronic (45,62 %). Arthralgias start at the age of $17,26 \pm 3,39$ years.

Key words. Connective tissue dysplasia, scoliosis, platypodia, articular hypermobility, arthralgia.

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания опорно-двигательного аппарата являются одними из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. С ними связаны снижение качества жизни, инвалидизация населения и затраты государства на лечение и реабилитацию. Поэтому выявление основных причин и разработка подходов эффективного лечения суставного болевого синдрома являются важной медицинской и социальной задачей [8]. Причин развития патологии опорно-двигательного аппарата множество. В последнее время особое внимание исследователей стали привлекать дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как одна из причин патологии суставов. Так как этиотропное лечение ДСТ на современном этапе невозможно, то своевременно выявленный диагноз, адекватная профилактика и терапия должны стать приоритетным направлением области медицины, занимающейся исследованием данной проблемы [3].

Одной из причин поражения суставов может быть ДСТ. Распространенность ДСТ определяется в популяции с частотой от 8–9 до 26–86 % [1, 2, 6, 11]. Костно-суставными проявлениями ДСТ являются сколиоз, гиперлордоз поясничного и гиперкифоз грудного отдела позвоночника, гипермобильность суставов (ГМС), продольное и поперечное

плоскостопие, воронковидная деформация грудной клетки (ВДГК), признаки долихостеномиелии (соотношение размах рук / рост $\geq 1,05$, длина стопы / рост > 15 %, длина кисти / рост > 11 %) [5]. Эти проявления нередко ассоциируются с развитием суставного болевого синдрома [7]. В настоящее время опубликовано большое количество работ [1, 4, 9, 10], посвященных особенностям суставного болевого синдрома у лиц с признаками дисплазии соединительной ткани, но гендерным особенностям суставного болевого синдрома уделено недостаточно внимания.

Цели исследования – выявить особенности суставного болевого синдрома у девушек с признаками ДСТ, а также частоту костно-суставных признаков ДСТ у лиц с суставным болевым синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 133 девушки в возрасте от 19 до 26 лет, средний возраст – $21,52 \pm 1,86$ г. На основании наличия суставного болевого синдрома все обследованные были разделены на две группы; в группу 1 вошло 11 человек без болевого синдрома. В группу 2 – 122 человека с суставным болевым синдромом. Всем обследованным проводили антропометрическое и фенотипическое обследование, направленное на выявление костных и суставных проявлений ДСТ, включенным

в согласованные экспертами Российские рекомендации: сколиоз, продольное плоскостопие, гипермобильность суставов, воронковидная деформация грудной клетки, соотношение размах рук / рост $\geq 1,05$, длина стопы / рост $> 15\%$, длина кисти / рост $> 11\%$.

Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет программы Biostat 4.0. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение по группе, представлены как среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для выявления различий в группах, представленных

количественными данными, применялся критерий Фишера. При анализе качественных данных использовался критерий χ^2 , точный критерий Фишера. Для выявления связей вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s). Достоверными считали различия при $p < 0,05$ [12].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота встречаемости костно-суставных признаков НДСТ приведена в табл. 1.

Таблица 1

Частота встречаемости костно-суставных признаков НДСТ

Показатель	Группа 1 (n = 11)		Группа 2 (n = 122)		χ^2	
	абс.	%	абс.	%		
ГМС	0	0	67*	54,91	10,0757	0,003
ВДГК	0	0	6*	4,91	3,25E-05	0,009
Продольное плоскостопие	0	0	57*	46,72	7,1872	0,0146
Сколиоз	0	0	87*	71,31	19,637	1,87E-05
Соотношение размах рук / рост $\geq 1,05$	0	0	9	7,37	0,0938	0,4811
Длина стопы / рост $> 15\%$	0	0	9	7,37	0,0938	0,4811
Длина кисти / рост $> 11\%$	0	0	10	8,19	0,1524	0,6076

Примечание: значком * отмечены достоверные изменения ($p < 0,05$).

Таким образом, в группе лиц с суставным болевым синдромом достоверно чаще встречаются сколиоз, продольное плоскостопие, ВДГК, ГМС.

Нами был проведен корреляционный анализ костно-суставных признаков ДСТ и суставного синдрома. Получены следующие данные: боль в спине и ГМС ($r_s = -0,06$; $p = 0,77$), боль в спине и ВДГК ($r_s = 0,018$; $p = 0,5786$), боль в спине и продольное плоскостопие ($r_s = -0,07$; $p = 0,78$), боль в спине и сколиоз ($r_s = -0,007$; $p = 0,532$), боль в спине и соотношение размах рук / рост $\geq 1,05$ ($r_s = 0,03$; $p = 0,66$), боль в спине и соотношение длина стопы / рост $> 15\%$ ($r_s = 0,02$; $p = 0,51$), боль в спине и соотношение длина кисти / рост $> 11\%$ ($r_s = 0,005$; $p = 0,52$). При корреляции с болями в суста-

вах при ходьбе получились такие данные: боль в суставах при ходьбе и ГМС ($r_s = 0,11$; $p = 0,905$), боль в спине и ВДГК ($r_s = -0,015$; $p = 0,56$), боль в спине и продольное плоскостопие ($r_s = 0,13$; $p = 0,93$), боль в спине и сколиоз ($r_s = -0,03$; $p = 0,65$), боль в спине и соотношение размах рук / рост $\geq 1,05$ ($r_s = 0,03$; $p = 0,66$), боль в спине и соотношение длина стопы / рост $> 15\%$ ($r_s = 0,03$; $p = 0,66$), боль в спине и соотношение длина кисти / рост $> 11\%$ ($r_s = 0,03$; $p = 0,63$). Из полученных данных следует вывод о том, что в нашем исследовании взаимосвязи между суставным синдромом и исследуемыми костно-суставными признаками ДСТ не обнаружено.

Особенности болевого синдрома представлены в табл. 2.

Характеристика суставного болевого синдрома

Показатель	Группа 2 (n = 122)	
	абс.	%
> ало0 !		
Боль в покое	20	16,12
Боль при ходьбе	33	26,61
Боль при беге	33	26,61
Припухлость	8	6,45
Боль в спине	109	87,9
Локалибаци- Ооли		
Височно-нижнечелюстной сустав	1	0,68
Акромиально-ключичный	1	0,68
Шейный отдел позвоночника	18	12,41
Плечевой	3	2,06
Грудной отдел	19	13,10
Поясничный отдел	37	25,51
Локтевой	2	1,37
Лучезапястный сустав	2	1,37
Пястно-фаланговые суставы	0	0
Проксимальные межфаланговые суставы	3	2,06
Дистальные межфаланговые суставы	1	0,68
Крестцово-подвздошные суставы	8	5,51
Тазобедренные суставы	9	6,21
Коленные суставы	29	20
Голеностопные суставы	7	4,82
Плюснефаланговый сустав большого пальца стопы	4	2,75
Другие плюснефаланговые суставы стопы	1	0,68
Боль вобникае т		
В покое	20	28,16
При движении	51	71,83
) рем- с\$ ток, ко7/а вобникае т Ооль		
Днем	19	65,51
Ночью	10	34,48
Бара к т ер Ооли		
Воспалительный	19	27,94
Механический	44	64,71
Постоянный	5	7,35
Течение Оолево7о син/рома		
Медленно, но неуклонно прогрессирующий	17	23,61
Быстро прогрессирующий	1	1,38
Без прогрессирования	24	33,33
Волнообразное, без прогрессирования	25	34,72
Волнообразное, но неуклонно прогрессирующее	0	0
Рецидивирующе-прогрессирующее	4	5,55
Рецидивирующе-регрессирующее	1	1,38
Начало Оолево7о син/рома		
Острое	22	47,82
Подострое	3	6,52
Хроническое	21	45,62
) каком вобрас т е начались ар т рал7ии, ле т	17,26 ± 3,39	
) А2 , см	3,7 ± 2,06	

При анализе полученных данных было установлено, что наиболее частой локализацией боли являются поясничный (25,51 %), грудной (13,10 %) и шейный (12,41 %) отделы позвоночника, коленные (20 %), тазобедренные (6,21 %), крестцово-подвздошные (5,51 %), голеностопные суставы (4,82 %). Боль возникает при движении (71,83 %), в дневное время суток (65,51 %). Наиболее часто встречался «механический» (64,71 %) и «воспалительный» (27,94 %) характер боли. Течение болевого синдрома волнообразное, без прогрессирования (34,72 %). Начало болевого синдрома чаще всего острое (47,82 %) или хроническое (45,62 %). Начало возникновения артралгий – в возрасте $17,26 \pm 3,39$ г. (от 9 и до 20 лет). Однако, по данным других отечественных исследователей, дорсалгии при гипермобильности суставов преимущественно представлены торакалгией (64–80 %), частота которой в 2,0–2,4 раза выше, чем у лиц без ГМС. Наиболее частым проявлением артралгий гипермобильных лиц, независимо от пола и возраста, являются олигомоноартралгии, преимущественно коленных суставов [1]. Артралгии у пациентов с синдромом гипермобильности суставов (СГМС) в возрасте 16–20 лет достоверно чаще наблюдаются в виде полиартралгии (72 %) и болей в гипермобильных суставах (44 %), а для лиц 41–50 лет характерны моно- (29 %) и олигоартралгии (48 %) преимущественно в коленных суставах и механический ритм болей в них (61 %). Дорсалгии достоверно чаще встречаются у пациентов в группе СГМС (52–58 %) в возрасте 16–40 лет. У лиц 41–50 лет различий по частоте дорсалгий не наблюдается. Анализ характера дорсалгий при СГМС показал достоверное преобладание торакалгий (18 %) и распространенных дорсалгий (18 %) при СГМС во всех возрастных группах [4].

Выводы

Суставной болевой синдром достоверно чаще встречается у лиц с признаками ДСТ, наиболее частыми из которых являются сколиоз, продольное плоскостопие, соотношение длина кисти / рост > 11 %, ГМС, соотношение длина стопы / рост > 15 %.

Дебют артралгий отмечается в возрасте $17,26 \pm 3,39$ г.

Наиболее часто поражаются суставы поясничного отдела позвоночника и коленные суставы.

Боль возникает при движении, в дневное время суток. Характерным является «механический» характер болей, острое начало и волнообразное течение без прогрессирования.

Интенсивность боли по ВАШ составила $3,7 \pm 2,06$ см.

Учитывая то, что в структуре признаков ДСТ в группе пациентов с болевым синдромом преобладают сколиоз, продольное плоскостопие и ГМС, то для его купирования можно рекомендовать рациональные занятия физкультурой, укрепление мышечного корсета с раннего детского возраста, применение супинаторов и использование ортезов во время физических нагрузок.

Библиографический список

1. Беленький А. *. Гипермобильность суставов и гипермобильный синдром: распространенность и клинко-инструментальная характеристика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2004; 51.
2.)ере = а7ина *. Н. Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению: методическое пособие для врачей. Новосибирск: НГМУ 2008; 37.
3. Март !нов А. +., 1ковлев). М., Нечаетва *. +., *ромова О. А., Др\$к +.).,)ер%и9нина М.)., Л-л?кова (. А.,)икторо9ва +. А., Пло тникова О.)., д\$0илей *. С.,

- Лопатина (Л. Н. Диагностика и тактика ведения пациентов с дисплазией соединительной ткани в условиях первичной медико-санитарной помощи: метод. рекомендации. Омск: Изд-во ОмГМА 2013; 135.
4. Маслова (Л. С. Возрастные особенности клинических проявлений синдрома гипермобильности суставов: дис. ... канд. мед. наук. М. 2002; 152.
5. Национальные рекомендации по диагностике и лечению наследственных нарушений соединительной ткани: российские рекомендации ВНОК 2012 г., available at: [http:// www.scardio.ru](http://www.scardio.ru).
6. Нечаева Л. П., Лопатина Л. Н., Конев Л. П. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение. Лечащий врач 2008; 2: 22–28.
7. Олпратик М. Клинико-генетические аспекты ревматических болезней. М. 1989; 206.
8. Ревматология: клинические рекомендации; под ред. академика Е. Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа 2010; 752.
9. Тимомирова Н. Л., Лисеева Л. Н. Особенности суставного синдрома у лиц молодого возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Современные проблемы науки и образования 2015; 3: 6.
10. Тимомирова Н. Л., Лисеева Л. Н. Оценка качества жизни у лиц молодого возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и артралгиями по опроснику SF-36. Фундаментальные исследования 2014; 10: 1191–1194.
11. Топкин Л. Л., Ромова О. А. Дисплазия соединительной ткани, клеточная биология и молекулярные механизмы воздействия магния. Русский медицинский журнал: избранные лекции для семейных врачей РМЖ 2008; 16 (4): 8.
12. Glantz S. Medicobiological statistics. M.: Practika 1999; 459.

Материал поступил в редакцию 24.05.2015